

支給決定伺	支給決定金額	事務局長	課長	主幹・係長	課員	係
	¥					
	円					
	自	年	月	日		
	至	年	月	日		

## 休業手当金請求書

組合員等 記号番号		組合員 氏名		所 属 機 関 名	
勤務できな かった期間	令和 年 月 日 から 令和 年 月 日 まで	勤務できな かった理由			
標準報酬月額	等級 級 円	請求 期間	令和 年 月 日 から 令和 年 月 日 まで	請求 金額	円
根拠規定	地方公務員等共済組合法第70条第 <span style="border: 1px solid black; padding: 2px;">  </span> 号に該当することを証明する。 年 月 日 証明者 職名 所属所長 氏名				
(参考) 地方公務員等共済組合法第70条各号の要旨及び支給期間 第1号：被扶養者の病気又は負傷 欠勤した期間 第2号：組合員の配偶者の出産 14日以内の欠勤した期間 第3号：組合員の公務によらない不慮の災害又は被扶養者に係る不慮の災害 5日以内の欠勤した期間 第4号：組合員の結婚、配偶者の死亡又は被扶養者などの結婚や葬祭 7日以内の欠勤した期間 第5号：1～4号のほか、運営規則で定める事由※ 3日以内の欠勤した期間 ※運営規則で定める事由：組合員の配偶者、子又は父母で、被扶養者でないものの病気又は負傷					
上記のとおり請求します。 佐賀県市町村職員共済組合理事長 様 令和 年 月 日 <div style="text-align: right;">請求者 氏名</div>					
上記の記載事項は、事実と相違ないものと認めます。 令和 年 月 日 <div style="text-align: right;">職名 所属所長 氏名</div>					

- 1 裏面に所属機関の長又は給与事務担当の証明を受けたうえ、組合に提出してください。
- 2 ※印欄は記入しないでください。

年 月 日 から 年 月 日 まで出勤しなかった  
 期間に対して次の報酬を支払ったことを証明する。

年 月 日 } 間 割 円  
 年 月 日 }

年 月 日 } 間 割 円

年 月 日 } 間 割 円  
 年 月 日 }

通勤手当等月額で支給され  
 た報酬がある場合は、別に  
 記載をお願いします。

年 月 日

所属機関の長 職名  
 又は  
 給与事務担当者 氏名

※

標準報酬月額

$$\times \frac{1}{22} \times \frac{50}{100} =$$

給付日額

今回支給日数

(該当日に○印を付する。)

給付日額

支給日数

給付額

$$\times =$$

給付額

控除額

給付決定額

$$- =$$

月分					
曜日	1	8	15	22	29
	2	9	16	23	30
	3	10	17	24	31
	4	11	18	25	
	5	12	19	26	
	6	13	20	27	
	7	14	21	28	

※ 支給開始日

※ 前回支給分

※ 今回支給分

年 月 日 分から

年 月 日 分まで

年 月 日 分まで